

ORIGINALES BREVES

Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos

A. Ruiz Sanmartín, J. Altet Torner, N. Porta Martí, P. Duaso Izquierdo, M. Coma Solé y N. Requesens Torrellas

ABS Les Planes (Sant Joan Despí, Barcelona), DAP Baix Llobregat Centre. Unidad Docente MFyC. Subdivisión AP Costa de Ponent. Institut Català de la Salut.

Objetivo. Determinar la prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos (SMA) en población atendida en una área básica de salud (ABS) y analizar las variables asociadas.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Les Planes (Sant Joan Despí, Barcelona). ABS urbana.

Pacientes. Un total de 307 pacientes ≥ 70 años, visitados en el ABS. Las pérdidas fueron 39, las exclusiones por trastorno cognitivo 31 y por imposibilidad para la entrevista 18; 219 acabaron el estudio.

Mediciones y resultados. Mediante entrevista se administró el test de Pfeiffer, se recogieron variables sociodemográficas, se pasó un cuestionario sobre malos tratos (una respuesta positiva se consideraba como SMA) y se valoró la dependencia física (índice de Katz). La prevalencia de SMA fue del 11,9% (IC del 95%, 7,6-16,2), 26 personas, distribuyéndose en 6 de tipo físico, 20 psicológico, uno sexual, 3 negligencia y 3 abandono. Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato. Las variables asociadas significativamente fueron: sexo femenino, 18% ($p < 0,01$); percibir ayudas sociales, 46% ($p < 0,001$); ser viudo/a, 21% ($p < 0,01$); no haber tenido un trabajo remunerado, 20% ($p < 0,04$), y tener residencia rotatoria, 28% ($p < 0,003$). Al aplicar el análisis multivariante, mantuvieron la significación ser mujer (OR 4,99) y percibir ayudas sociales (OR 7,55). Los presuntos perpetradores fueron en un 57%, hijo/a; 8%, cónyuge; 23%, yerno/nuera. El 19% presentaba toxicomanías y un 15% trastornos psiquiátricos.

Conclusión. Es manifiesta la elevada prevalencia de SMA. Estos resultados deben alertar a los médicos de familia sobre un problema de salud hasta ahora infravalorado.

Palabras clave: Prevalencia. Maltrato. Ancianos.

DOMESTIC VIOLENCE: PREVALENCE OF SUSPECTED ILL TREATMENT OF THE ELDERLY

Objective. To determine the prevalence of suspected ill treatment of the elderly (ITE) in the population cared for in a health district and to analyse the associated variables.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Les Planes (Sant Joan Despí, Barcelona). Urban Health District.

Patients. 307 patients over 70 years old seen in the Health District. The study had 39 losses, 31 exclusions because of cognitive disorder and 18 because it was impossible to hold the interview. 219 completed the study.

Measurements and results. The Pfeiffer test was administered through an interview, social and demographic variables were collected, a questionnaire on ill treatment was filled in (a positive reply was considered ITE), and physical dependence was evaluated (Katz index). Prevalence of ITE was 26 people or 11.9% (95% CI, 7.6-16.2), breaking down into 6 physically ill-treated, 20 psychologically, one sexually, 3 by negligence and 3 by neglect. Nine people suffered more than one kind of ill treatment. Significant associated variables were: being a woman 18% ($p < 0.01$), receiving social assistance 46% ($p < 0.001$), being a widow/widower 21% ($p < 0.01$), not having had paid employment 20% ($p < 0.04$) and having a rotating residence 28% ($p < 0.003$). On application of multivariate analysis, being a woman (OR 4.99) and receiving social assistance (OR 7.55) maintained their significance. The presumed perpetrators were son/daughter (57%), spouse (8%), son/daughter-in-law (23%). 19% of these were drug-dependent and 15% suffered psychiatric disorders.

Conclusions. The high prevalence of ITE is clear. These results should alert doctors to a previously under-rated health problem.

Key words: Prevalence. Ill treatment. Elderly.

Correspondencia: M. Coma Solé.
Avda. Barcelona, 62. 08970 Sant Joan Despí (Barcelona).
Correo electrónico: 17449mcs@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-XI-2000.

Introducción

El concepto de maltrato a ancianos engloba abusos de tipo físico, psicológico o emocional, sexual, económico o financiero, negligencia, abandono y autonegligencia, cuyas definiciones han sido consensuadas por expertos¹. El maltrato puede ser intencionado o no intencionado, es decir, por ignorancia del perpetrador o sin plena conciencia de su acción y consecuencias. La prevalencia estimada de malos tratos a ancianos oscila en un 3-10% según varios estudios²⁻⁵ y su incidencia ha aumentado un 150% en 10 años. Sin embargo, el problema no ha merecido la atención que le corresponde por su magnitud. Esto podría deberse al fenómeno iceberg: 5 de cada 6 casos se quedan sin notificar¹.

No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de malos tratos, ni evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos usados hasta ahora⁶. La recomendación más aceptada es que el médico conozca los indicadores sospechosos o signos de alarma respecto a la existencia de maltrato. La formulación de preguntas directas en los exámenes periódicos de salud es recomendada por la American Medical Association, pero no por otras sociedades médicas⁷⁻⁹.

Los médicos de familia asumen dentro de la atención primaria todas las competencias en la aten-

ción a las personas mayores, y entre ellas está también el trabajo en la comunidad para modificar, en lo posible, las condiciones adversas para un envejecimiento satisfactorio¹⁰. Por eso creemos que el llamado «síndrome de malos tratos a ancianos» es una cuestión sociosanitaria de nuestra competencia.

Los objetivos de nuestro estudio son: conocer la prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos (SMA) en la población atendida en un área básica de salud (ABS) y analizar las posibles variables asociadas.

Sujetos, material y método

Estudio descriptivo, transversal, mediante entrevista que se desarrolló en el ABS Les Planes de Sant Joan Despí, que está ubicada en un medio urbano y atiende a una población de 13.271 habitantes. El tamaño de la muestra se calculó con una $p = 0,5$ y una precisión del 6% con un nivel de confianza del 95% y se incrementó un 15% por posibles pérdidas ($n = 307$). Los criterios de selección fueron población ≥ 70 años que solicitaron visita en el ABS durante un período de 6 semanas (enero/febrero 2000). Se excluyeron los pacientes con trastornos cognitivos registrados en la historia clínica y los que presentaban enfermedades o alteraciones sensoriales que dificultaran la entrevista.

La recogida de información se realizó en la consulta o en el domicilio del anciano en caso de que la demanda fuera domiciliaria. La visita fue realizada por 4 médicos previamente entrenados —por un médico geriatra experto en malos tratos— en el reconocimiento y la valoración de cada tipo de maltrato según las definiciones aceptadas y en cómo realizar el acercamiento necesario para la formulación de las preguntas sobre maltrato en la entrevista personal, a solas y confidencial¹¹.

Para valorar déficit cognitivos no registrados en la historia clínica se usó el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), llamado test de Pfeiffer¹² debido a su alta especificidad (91%) y sensibilidad (90%), y la particularidad de su baja sensibilidad respecto al nivel de escolarización, lo cual es especialmente interesante dadas las características de la población¹³. Se cata-

TABLA 1. Cuestionario

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

logó como sin alteración de 0 a 2 errores, permitiendo un error más en las personas que no habían recibido educación primaria.

Las variables sociodemográficas recogidas en la entrevista fueron: edad, sexo y estado civil (casado, soltero, viudo), nivel de estudios (no sabe leer, sabe leer), profesión previa remunerada o no remunerada, convivencia (vive solo o con la familia), tipo de residencia (fija o rotatoria), existencia de un cuidador específico y percepción de cualquier tipo de ayuda social institucional (pensiones no contributivas o trabajador social).

El cuestionario sobre los distintos tipos de maltrato, editado por la Canadian Task Force^{7,8} y la American Medical Association⁹ y traducido por un equipo de traductores profesionales, filólogos y lingüistas, consta de 9 preguntas (tabla 1), de las cuales una hace referencia a abuso físico (1), tres a psicológico (3, 4, 9), uno a sexual (8), una a negligencia (7) y una a abandono (6). Una sola respuesta positiva al cuestionario se consideró como sospecha de maltrato.

En los casos positivos se preguntó al entrevistado sobre el posible perpetrador y la relación de éste con la víctima, así como los antecedentes tóxicos y psiquiátricos del mismo.

Para valorar el grado de dependencia física para actividades básicas de vida diaria se utilizó el índice de Katz por considerar que era una escala que podía aplicarse al anciano entrevistado sin necesidad de contar con la participación del cuidador y fiable en el medio de la atención primaria¹⁴.

En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo; para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de χ^2 (con la corrección de Yates en su caso). A continuación se efectuó un análisis multivariante mediante regresión logística; en el modelo se intro-

dujo la existencia de maltrato como variable dependiente. La magnitud de la asociación en la regresión logística se expresa como odds ratio (OR) con su intervalo de confianza.

Resultados

De un total de 307 personas que solicitaron visita médica durante el período de estudio, 26 se negaron a participar, 18 fueron excluidas por presentar enfermedades graves o trastornos sensoriales que dificultaban la entrevista, 9 por presentar deterioro cognitivo conocido por constar en la historia clínica y 13 por error en las citaciones. Se inició el estudio con 241 personas, de las que 22 fueron retiradas por presentar un Pfeiffer patológico quedando 219 (122 mujeres y 97 varones) que acabaron el estudio.

La prevalencia de sospecha de maltrato (SMA) fue de 11,9% (IC del 95%, 7,6-16,2), es decir, 26 personas. Los tipos de maltrato se distribuyeron en: 6 físicos, 20 psicológicos, uno sexual, 3 negligencias, 3 abandonos. Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato.

Se encontraron diferencias significativas de SMA en mujeres 18% ($p < 0,001$), personas viudas 21% ($p < 0,01$), sin trabajo remunerado 20% ($p < 0,04$), con residencia rotatoria 28% ($p < 0,03$) y que recibían ayudas sociales 46% ($p < 0,001$) (fig. 1). En el modelo de regresión logística aparecen como variables asociadas: sexo femeni-

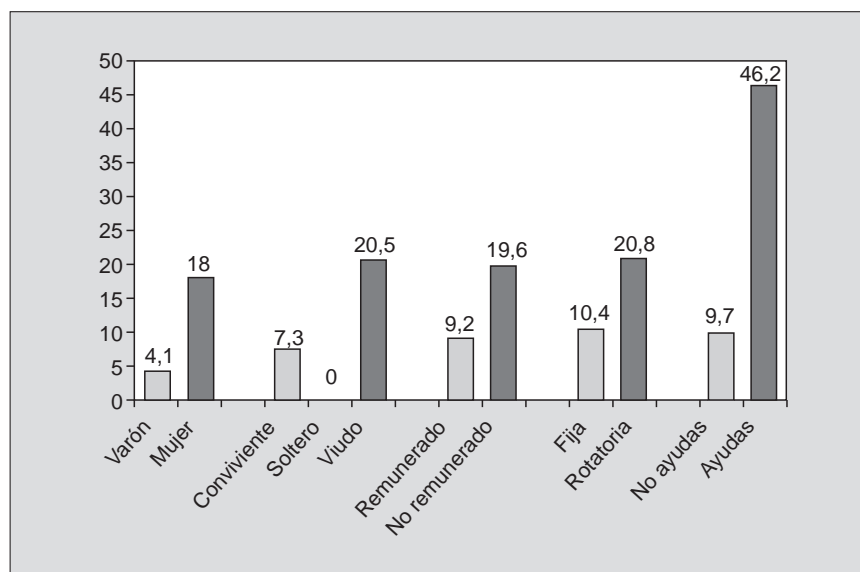


Figura 1. Resultados significativos.

no (OR, 4,99; IC del 95%, 1,62-15,41) y la recepción de ayudas sociales (OR, 7,65; IC del 95%, 2,19-26,7). No se encontraron diferencias respecto a las variables edad, saber leer, existencia de un cuidador, vivir solo y dependencia física.

Los autores del posible maltrato fueron hijos en un 57% de los casos, yernos/nueras en el 23%, cónyuges en un 8% y otros en el resto. De los posibles causantes de maltrato, un 19% presentaba toxicomanías y el 15% problemas psiquiátricos.

Discusión

En la realización de este trabajo interfirió la dificultad de que existen pocos estudios para detectar maltrato en ancianos. El hecho de hacer una sola entrevista al paciente, sin contrastar situaciones, limita el estudio, de modo que sólo podemos hablar de sospecha de maltrato. Otra limitación es la inexistencia de un cuestionario validado. No hay una manera estandarizada de medir el problema (gold standard). El servicio de Salud Pública de Canadá (Canadian Task Force) no ha encontrado evi-

dencias para recomendar el uso del cuestionario usado en nuestro estudio en los exámenes periódicos de salud como herramienta de cribado⁸. Sin embargo, la American Medical Association sí recomienda la introducción de este cuestionario en la práctica clínica diaria⁹.

La prevalencia de SMA en nuestro estudio está en concordancia con la del NEAIS estadounidense (National Elder Abuse Incidence Study¹⁵), en el cual sólo se confirma un 49% de las sospechas de maltrato y la prevalencia de maltrato confirmado se estima en el 3-6%.

Los ancianos más susceptibles de ser maltratados son los que presentan discapacidades mentales o físicas graves^{16,17} que tuvimos que excluir del estudio al no poder ser entrevistados. No se encontró ningún caso de maltrato económico, cuando según la bibliografía es de los más frecuentes¹⁵. Quizás una explicación podría radicar en el bajo poder adquisitivo de la población anciana entrevistada.

Creemos que las futuras investigaciones sobre malos tratos deben basarse en la prevención en perso-

nas de alto riesgo y en la detección precoz de los casos para intervenir. Para ello se necesitan instrumentos precisos que ayuden a su identificación, en la que los médicos de atención primaria debemos tener un papel destacado.

Es manifiesta la alta prevalencia de sospecha de malos tratos. Preguntando a los ancianos, uno de cada nueve responde que sufre algún tipo de maltrato. Creemos que los datos son suficientemente importantes como para alertar a los médicos de familia acerca de un problema de salud hasta ahora infravalorado.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Antoni Yuste Marco, médico geriatra del Hospital Sant Antoni Abad de Vilanova i la Geltrú, su colaboración, especialmente en la formación del equipo de entrevistadores.

Bibliografía

1. The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report (September, 1998). [on line]: <<http://www.aoa.gov/naic>> (consulta: 30 octubre 1999).
2. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57.
3. Podnieks E. National survey of the abuse on the elderly in Canada. *J Eld Abuse Neglect* 1992; 4: 5-58.
4. Ogg J, Bennet GCJ. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992; 305: 998-999.
5. Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26 (1): 40-46.
6. Thompson CF, Atkins D, Patterson C, MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR. Violencia familiar. En: U.S. Preventive Services Task Force, editores. Guía de medicina clínica preventiva. Recomendaciones del PAPPS (ed. esp.). Barcelona: Medical Trends, 1998; 441-451.
7. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Can Med Assoc J* 1994; 151: 1413-1420.
8. Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on

- the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada, 1994; 922-929.
9. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M et al. Diagnosis and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med* 1993; 2: 371-388.
 10. Benítez del Rosario MA. Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 1604-1605.
 11. Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. Causes, diagnosis, and intervention strategies (2.ª ed.). Nueva York: Springer, 1997.
 12. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.
 13. López C, Campos P, Boyó J. Escalas de valoración cognitiva y funcional en el anciano en atención primaria. *Jano* 1995; XLIX: 1707-1709.
 14. Álvarez M, Aláiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992; 10: 812-816.
 15. Tatara T. Summaries of the statistical data on elder abuse in domestic settings: an exploratory study of state statistics for FY 97 and 98. Washington, DC: NCEA.
 16. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332: 437-443.
 17. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Am J Emer Med* 1997; 15: 579-585.